

ESTUDIO DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN CIUDAD VICTORIA (ESEV) -MÉXICO-: METODOLOGÍA Y DATOS PRINCIPALES

Jesús Rivera Navarro*, Julián Benito-León**, Karla Amalia Pazzi Olazaran*** Sandra Elizabeth Mancinas Espinoza****

*Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología y Comunicación. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

** Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neurología. Madrid. España. Neurólogo

***Servicio médico Ban Rural. Ciudad Victoria. Tamaulipas. México.

**** Departamento de Posgrado. Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León. San Nicolás de la Garza. Nuevo León. México.

E-mail: jrivera@usal.es



Introducción

En México, al igual que en el resto del mundo, se experimenta desde principios del siglo XX un proceso progresivo de envejecimiento demográfico (1), que igual que en el resto de países, donde este fenómeno se ha desarrollado, ha venido acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas que son características de la vejez.

En los últimos años se han incrementado en México aquellos trabajos que analizan la frecuencia de patologías “clásicas” en los estudios poblacionales de envejecimiento, como el deterioro cognitivo, la depresión y la diabetes. (2-3); dichos estudios nos indican que la prevalencia de enfermedades crónicas, tradicionalmente asociadas a la vejez, están alcanzando en México cifras muy similares a los estudios realizados en los países desarrollados (4), sin embargo los trabajos realizados en aquel país nos indican peculiaridades a tener en cuenta en el estudio de la salud en el adulto mayor en esta área geográfica, como la inequidad económica (5), la importancia de las redes sociales (6) y la desigualdad en la cobertura sanitaria y social al adulto mayor (7).

Las encuestas llevadas a cabo por la Secretaría de Salud (8), el estudio “Encuesta, salud, bienestar y envejecimiento” (SABE) (9) y “Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento” (ENASEM) (10-13) han analizado en profundidad el estado de salud de los adultos mayores en México; sin embargo, creemos necesario seguir llevando a cabo estudios en zonas específicas de México que nos indiquen cuáles son los problemas de salud concretos de los ancianos en cada área o región. Dichos estudios, como el que presentamos, deben servir para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ofrecerles una mejor cobertura sanitaria y social y beneficiar las políticas preventivas dirigidas a este colectivo.

Materiales y Métodos

Área geográfica del estudio

El estudio de salud y envejecimiento en Ciudad Victoria (ESEV) tuvo lugar en la capital del Estado de Tamaulipas, al Noreste de México (frontera con el Estado de Texas en EEUU) y la habitaban 320000 personas, de las cuales 21953 personas (6.86%) eran mayores de 60 años –según datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2004, que es cuando se empezó dicho estudio-. Ciudad Victoria fue escogida para el estudio de salud de los adultos mayores porque ninguna investigación específica de esa índole había sido llevada a cabo en este lugar y se desconocían muchos datos generales de salud en relación con la población envejecida que residía en dicha ciudad (los datos de la secretaría de salud de dicho Estado no nos parecían del todo fiables, desde el punto de vista científico, ya que no se basaban en muestras representativas de la población).

Diseño del estudio

La selección de la población se obtuvo a partir de los datos del Registro Federal de los electores (RFE) y del INEGI. Del primero obtuvimos los nombres, apellidos, edades, sexos y direcciones de todos los individuos que tenían 60 y más años que residían en Ciudad Victoria en ese momento; del INEGI obtuvimos la división territorial de la ciudad por AGEBS y la configuración de dichos AGEBS por grupos de edad y por sexo. Una vez obtenidas estas dos fuentes, entrecruzamos los datos individuales obtenidos a través del RFE y los datos de los AGEBS; es decir, en cada AGEBS se “incrustaron” cada uno de los individuos, del RFE, que vivían en el mismo. De esta forma obtuvimos un mapa de Ciudad Victoria en el cual se señalaba como se distribuían los adultos mayores en cada uno de estos “estratos” (AGEBS). La población diana sobre la que se trabajó fueron 2073 adultos mayores (9.44% del total de la población de adultos mayores de Ciudad Victoria en 2004); con ese N como referencia se escogió de forma aleatoria de cada AGEBS un número proporcional de ancianos según el peso que tuvieran en esa unidad respecto al resto.

Fases del estudio

1) *Entrevista previa.* Se realizó una pequeña entrevista previa a todas las personas que componían la población diana (2073 personas) para comprobar si vivían en el lugar que nos indicaban los datos proporcionados por el RFE, para obtener un teléfono de contacto (en el caso de que no lo tuvieran o éste estuviese equivocado –algo muy frecuente en nuestra población de estudio-), informarles sobre el estudio y acordar una fecha aproximada de entrevista.

2) *Entrevista definitiva.* Constituyó el trabajo de encuestar al adulto mayor con la entrevista completa. Antes de la aplicación del cuestionario o protocolo al adulto mayor, éste o su familiar, en el caso que respondiera las preguntas, tuvieron que firmar un consentimiento informado donde se recogía un compromiso del sujeto a la participación en el estudio.

Variables y escalas que se incluyeron en la encuesta

El cuestionario, que se utilizó en nuestra investigación, incluía: datos socio-demográficos del sujeto entrevistado, así como del acompañante en el caso de que fuera preciso –siempre y cuando el sujeto escogido no pudiera contestar y fuera el familiar el que lo hiciera-; datos sobre la estructura familiar del sujeto; salud percibida; auto-informe de posibles enfermedades padecidas; registro de todos los fármacos que se ingerían; estudio del consumo presente y retrospectivo del consumo del alcohol y tabaco; estudio del soporte social (concretamente se medirá el apoyo social confidencial -se refiere a un soporte relacionado con redes que proporcionan apoyo material o que refuerzan indirectamente las necesidades emocionales- y el apoyo social afectivo -se refiere a aquellas redes que posibilitan un

soporte estrictamente emocional-), a través de la aplicación del cuestionario de apoyo social funcional Duke Unk (13, 12); registro de las condiciones de habitabilidad; inventariado de posibles sucesos influyentes en el estado de ánimo (muerte o enfermedad de familiares cercanos); aplicación del cuestionario Yesavage para la detección o “cribaje” de la depresión (14); realización de la escala Mini-mental, para la detección o “cribaje” de la demencia (15); aplicación del cuestionario de actividades instrumentales de la vida diaria “Pfeffer” (16); y ejecución del cuestionario de actividades básicas de la vida diaria “Katz” –sólo en el caso de que el cuestionario de “Pfeffer” puntuara 6 o más- (17). Cuestionarios que contenían instrumentos similares (18) se han mostrado muy útiles para estudiar el estado de salud de los adultos mayores en otros lugares del mundo.

Análisis estadístico

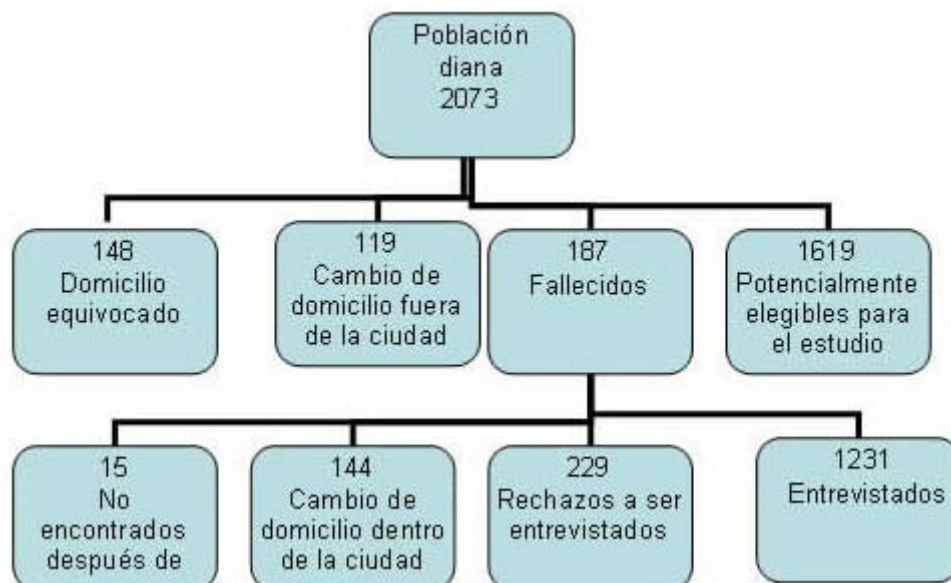
La base de datos está contenida en el programa de análisis estadístico en las Ciencias Sociales, SPSS-PC, versión 16.0. Todos los análisis estadísticos, mostrados en este artículo, se han realizado con dicho programa. Las características de los participantes se presentan como la media $\pm$ desviación estándar (DE) para las variables continuas y como frecuencia y porcentaje para las variables categóricas.

Resultados

Entrevista previa. Población diana

Los resultados que se desprenden después de la entrevista previa son mostrados en la Figura 1. La población diana se compuso de 2073 sujetos, aunque la población potencialmente elegible fue de 1619 sujetos, de los cuales pudieron ser entrevistados 1231 personas. Realizamos una comparación de medias entre aquellas personas que pudieron ser entrevistadas y las que no realizaron la encuesta y no había diferencias significativas ni en la edad (70.03 ± 8.05 vs. 70.10 ± 7.80 , $t = -0.197$, $p = 0.767$) ni en el sexo (712 [57.9%] vs. 425 [50.4%] mujeres, chi-cuadrado [χ^2] = 0.87, $p = 0.1$).

Figura 1. Resultados de la fase de entrevista a la población diana



Entrevista definitiva

Los principales datos socio-demográficos son glosados en la Tabla 1. Destacamos que tan sólo la cuarta parte de nuestra muestra tenía estudios más allá del nivel primario, y que la gran parte de la población estudiada vivía con una o más personas, siendo un escaso porcentaje de ancianos los que vivían solos, en institución o en varios domicilios (a manera de “rotación” en varios hogares).

Tabla 1. Principales datos sociodemográficos de la población entrevistada

	N	%
SEXO		
Hombre	519	42.1
Mujer	712	57.9
EDAD (M $\pm$ DS)	70.03 $\pm$ 8.05	
60-64	364	29.6
65-69	322	26.2
70-74	230	18.7
75-79	149	12.0
Más de 80	166	13.5
ESTADO CIVIL		
Casado/convivencia en pareja	772	62.7
Separado	65	5.2
Viudo	321	26.1
Soltero	73	6.0
NIVEL ACADEMICO		
Sin estudios	427	34.7
Estudios Primarios	491	39.9
Estudios secundarios	111	9.6
Estudios técnicos	104	8.4
Licenciatura y más	91	7.4
FORMA DE CONVIVENCIA		
Solo	114	9.3
Con 1 o más personas	1107	90.0
En Institución	6	0.4
En varios domicilios	4	0.3

Los datos socio-económicos más importantes se indican en la Tabla 2. Señalamos que algo más de la mitad de los sujetos recibían un ingreso económico fijo, habiendo 46.4% que ingresaba menos de 250 dólares. El 27.1% de nuestra muestra trabajaba de manera remunerada; de los que no trabajaban más del 30% hubiera deseado hacerlo. En referencia a la cobertura sanitaria, el 14.3% de los sujetos estudiados no tenía ningún servicio médico con alguna institución.

Tabla 2. Principales datos socio-económico

	N	%
Pensión de jubilación		
Sí, completa	331	26.9
Sí, parcial	104	8.5
No	794	64.6
Ingreso económico fijo		
Sí	699	56.9
Ingresos en dólares al mes en el hogar		
- Menos de 50	121	9.8
- 50-250	570	46.4
- 250-500	326	26.5
- 500-1000	134	10.9
- 1000-2000	57	4.6
- Más de 2000	21	1.7
Trabajo fuera de casa		
Sí	383	31.2
No	845	68.8
NS/NC	1	0.1
Tipo de trabajo		
Trabajo remunerado	334	87.2
Trabajo voluntario	49	12.8
En el caso de que no trabaje, ¿desearía trabajar?		
Sí	280	33.1
No	537	63.6
NS/NC	28	3.3
Cobertura sanitaria		
Sí	1055	85.7
No	176	14.3

Las enfermedades “prevalentes” más importantes que se han registrado en el estudio están glosadas en la Tabla 3. Destacamos el gran porcentaje de entrevistados que decían tener problemas auditivos y visuales. Casi el 40% decía tener hipertensión y prácticamente la cuarta parte de las personas entrevistadas decía tener diabetes.

TABLA 3. Enfermedades más importantes registradas. Número absoluto y porcentaje.

ENFERMEDADES	N	%
Problemas de la vista	947	77.0
Problemas del oído	524	42.7
Hipertensión	480	39.1
Problemas de circulación (Varices)	429	34.8
Cataratas o Glaucoma	331	36.9
Diabetes	276	22.4
Artritis o artrosis	224	18.2
Problemas digestivos	213	17.3
Hipercolesterolemia	207	16.8
Bronquitis/asma	137	11.1
Osteoporosis	137	11.1
Anemia	98	8.0
Otros problemas del corazón (soplo, arritmia)	79	6.4
Fractura de cadera	69	5.6
Traumatismo craneal	60	4.9
Ataque al corazón	53	4.3
Accidente cerebrovascular	51	4.1
Tumores	51	4.1

En la Tabla 4 se muestran las variables que miden las diferentes dimensiones de la percepción subjetiva de salud; casi la mitad decía tener una salud buena o muy buena en ese momento, aunque destaca que más de un 16% expresaba tener peor salud que hacía un año.

Tabla 4. Percepción subjetiva de salud

Variables percepción salud/respuestas	Salud en general	Salud comparado con una persona de su edad y sexo	Salud comparada con hace un año
	N %	N %	N %
Muy buena/buena	553 (47.8)	551 (47.6)	187 (16.1)
Mucho mejor/mejor			
Regular	500 (43.2)		
Más o menos igual		482 (41.6)	766 (66.2)
Mala/muy mala	101 (8.6)		
Peor/mucho peor		100 (8.6)	193 (16.7)
No sabe/no contesta	5 (0.4)	25 (2.2)	12 (1.0)

De las 794 personas (64.5% del total de entrevistados) ingería en el momento del estudio algún medicamento y más del 20 % de los sujetos entrevistados consumía al menos 3 fármacos (bien recetados por su médico, bien por su cuenta). Respecto al consumo de tabaco y la ingesta de alcohol, los datos nos indican que en el momento de la encuesta el 21.4% fumaba y el 11.8% bebía, sin embargo observamos como casi el 30% de la muestra estudiada fumaba anteriormente y lo dejó y más del 24% bebía y rehusó de volver a hacerlo.

El análisis de la escala de Duke Unk nos muestra que el 81.1% de las personas entrevistadas consideraba que tenían un apoyo social confidencial bueno, mientras que el 80.4% consideraba que tenían un apoyo social afectivo bueno.

Los datos recogidos referentes a las condiciones de habitabilidad nos ofrecen que el 18% de las personas entrevistadas vivía con dos o más personas en su habitación, y que casi el 50% vivía en casas de 70 ó menos metros cuadrados. De otras variables que también funcionaban como indicadores de habitabilidad, destacamos que la mayoría de los servicios domésticos, como agua entubada, luz, bañera o ducha, etc., eran poseídos por más del 95% de los encuestados, sin embargo, recursos como el calentador de agua, la calefacción, o el teléfono eran mucho más minoritarios, sólo lo poseían el 55.6%, el 26.1% y el 68.1%, respectivamente.

Las pruebas de “detección” o “cribaje” de depresión, deterioro cognitivo y actividades instrumentales y básicas de la vida diaria nos indican lo siguiente: 1) según el cuestionario Yesavage el 14.3% de los sujetos entrevistados (161) tenía depresión leve y el 14.7% (166) depresión mayor; 2) el cuestionario Mini-mental señala que el 44.8% de los entrevistados podía tener deterioro cognitivo ya que estaban por debajo de 24 puntos en dicho test; 3) el cuestionario de actividad funcional de Pfeffer indica que el 13 % de nuestra muestra tenía problemas en la realización de sus actividades instrumentales, y que del porcentaje antedicho el 59% (78 sujetos) tenía problemas en la realización de las actividades básicas de la vida diaria –según la aplicación del cuestionario de Katz-. La religión fue considerada como importante en su vida por un 93.2% de las personas entrevistadas.

Discusión

Hay varios estudios poblacionales llevados a cabo en México que han tratado de estudiar las características de salud en el colectivo del adulto mayor, de este modo los análisis que se desprenden del Estudio Nacional de Salud de 1988 (19) y de la Encuesta Nacional de Enfermedades crónicas de 1993 (20) son los primeros abordajes “puerta a puerta” que se hacen de la salud general del anciano en este país, sin embargo estos estudios se diferencian respecto al nuestro en que son investigaciones cuya muestra representan a todas las edades, por lo tanto los instrumentos que se aplican son muy generales, y no están enfocados de manera concreta al colectivo objeto de nuestro estudio. La dimensión edad es lo que distingue fundamentalmente al ENASEM (21) de nuestro trabajo y la posibilidad de utilizar informantes sustitutos cuando la persona entrevistada no puede colaborar (por razones de salud, hospitalización o

ausencia temporal) es el argumento metodológico en el que coincidimos. La encuesta SABE (22) aplica en México un muestreo multietápico por conglomerados, coincidiendo en lo básico con el ESEV. Lo que distingue a todos estos estudios aplicados en México y el nuestro es que la unidad básica de muestreo es la vivienda y para nosotros fueron los individuos; el conocer previamente las características del individuo en cuanto a edad y sexo puede dar cierta ventaja a la hora de diseñar el estudio, ya que se pueden ajustar de una manera previa la distribución de los perfiles socio-demográficos de esa población.

Los resultados que se coligen de la ejecución de la entrevista previa a la población diana nos muestran datos superiores (en cuanto a un porcentaje mayor de entrevistados respecto a la población elegible) al único llevado a cabo en México que ha contemplado en su metodología el “desfase” entre la población diana y la población finalmente encuestada (23).

En lo que se refiere a datos sociodemográficos como la edad, y el sexo, los resultados del ESEV muestran similitudes con lo expresado en el ENASEM –a pesar de que la edad de inclusión eran 50 años- (24), en la encuesta SABE (25) y en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 (26). Los porcentajes relacionados con las formas de convivencia de las personas mayores coinciden con lo indicado en el Censo Nacional de Población de 2000 en México.

En este estudio casi las dos terceras partes de las personas entrevistadas no tenían ningún tipo de pensión, constituyendo proporciones bastantes más altas que lo señalado en trabajos que versan sobre la desigualdad económica en el adulto mayor (27, 28); el porcentaje de las personas que todavía seguían trabajando de forma remunerada era bastante menor que lo que nos indica la encuesta ENASEM (11). Hacemos hincapié en que más de un tercio de las familias, de la población estudiada, vivían con menos de 250 dólares al mes, dato que concuerda con algún estudio de carácter socio-económico (29).

La enfermedad crónica mas frecuente fue la hipertensión con una prevalencia de 39.1%. Este resultado no muestra grandes diferencias con el encontrado en el ENASEM (30) y en el estudio SABE (31). Destacamos que la manera auto-declarada de registrar las enfermedades da lugar a diferencias en las prevalencias de algunos problemas de salud respecto a otras publicaciones.

En relación a la percepción subjetiva de salud, si comparamos nuestros datos con los expuestos por Gallegos Carrillo y colaboradores (32) en el análisis de la Encuesta Nacional de salud en México en el año 2000 o con los de la Encuesta SABE (33), nos encontramos que nuestra muestra tiene una percepción mucho más positiva de su salud que en ambos estudios, sin embargo, si nos fijamos en la variable “salud comparada con hace un año” cerca de una quinta parte de nuestros entrevistados decían sentirse peor o mucho peor que el año anterior, cifra que se acerca a lo mostrado en diferentes publicaciones (34, 35).

Se registró en nuestro estudio tanto el número de medicamentos que se ingieren, como su nombre comercial, así como su posología y frecuencia de uso. El consumo de fármacos en nuestra investigación resulta mucho más alto que el expuesto por Tapia-Conyer y colaboradores en el trabajo que realizan sobre la Segunda Encuesta Nacional de adicciones en el año 2003 (36). Esta diferencia se debe fundamentalmente a que en el estudio mencionado sólo se contemplaba a las personas de entre 60 y 65 años y el nuestro abarcaba un rango de edad mucho más amplio, además nosotros no distinguimos si los fármacos consumidos lo eran por prescripción médica o no.

El uso de tabaco y la ingesta de alcohol no muestran sustanciales discordancias con lo expresado en otras investigaciones realizadas en México, ni en el consumo actual ni en los antecedentes (37, 38).

El análisis de la escala de Duke Unk (39) nos muestra que más de las tres cuartas partes de los sujetos estudiados tenían un apoyo social bueno –tanto confidencial, como afectivo-, indicándonos que la red social en este país podría

servir como efecto amortiguador de eventos patogénicos clásicos, tal y como ha sido mostrado en alguna investigación realizada en México (40).

Los indicadores que hacen referencia a las condiciones de habitabilidad nos señalan la ausencia de calentador de agua y de calefactor en muchos de los entrevistados. Esta carencia, en la ciudad marco del estudio, debido a la climatología, puede afectar a la calidad de vida del anciano, y apunta a la estrecha relación entre salud y factores relacionados con el contexto socioeconómico (41).

Los datos acerca de la depresión muestran cifras muy parecidas a las que nos indican otros estudios (42, 43, 44), indicando una prevalencia similar a la de los países desarrollados. Los números que arroja el test Mini-Mental son muy altos si lo comparamos con otros estudios de prevalencia del deterioro cognitivo (45), pero debemos tener en cuenta que el nivel académico de nuestra población era muy bajo y que está comprobado que este tipo de pruebas están muy sesgadas por el nivel cultural (46).

Los niveles de disfuncionalidad, tanto en las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria presentan cifras mucho más bajas que los datos que se desprenden del estudio ENASEM (47) y de la encuesta SABE (48); dichas diferencias pueden venir determinadas por: una mayor sensibilidad en los test de detección, una diferente consideración del punto de corte de edad para estudiar esta dimensión (49), y la diferente ponderación de la dependencia (por ejemplo en el estudio ENASEM empiezan a valorar la dependencia a partir de la disfuncionalidad en una sola actividad básica o instrumental de la vida diaria).

A pesar del mérito que creemos que tiene nuestro estudio, ya que complementa la información obtenida a través de otras investigaciones sobre la salud general del anciano realizadas en México, observamos limitaciones que debemos comentar, como por ejemplo la no utilización del cuestionario SF-36 (50) para la medición de la percepción subjetiva de salud –solo utilizamos algunas variables aisladas extraídas de dicha escala- y la ausencia de información respecto a si los medicamentos que ingiere cada sujeto son recetados por el medico o son consumidos por su cuenta. Además señalamos la ausencia de análisis relacionales o causales en este artículo ya que se hemos pretendido describir a nivel general el estudio ESEV, tanto en lo que se refiere a su metodología como a sus resultados principales y hemos preferido realizar dichos análisis en artículos posteriores.

Conclusiones

El estudio presentado no muestra grandes diferencias con otras investigaciones similares realizadas en otros lugares de la República mexicana, sin embargo presenta una radiografía completa del estado de salud y factores asociados de los adultos mayores de Ciudad Victoria. El conocimiento de las dimensiones asociadas a la salud de los ancianos en zonas concretas– y basado en los datos extraídos de estudios como el presentado en este artículo- debe contribuir a diseñar programas de salud específicos para este colectivo. A pesar de que nos reafirmamos en la utilidad de los resultados expuestos, creemos no sólo en la necesidad de diseñar estudios concretos de salud en las ciudades y Estados de México, sino también en su carácter longitudinal, para poder establecer con más firmeza factores determinantes y modelos causales de los problemas de salud.

Resumen

Evaluar la salud del adulto mayor en Ciudad Victoria –Estado de Tamaulipas- México, mediante variables y escalas basadas en la auto-evaluación. Las fuentes de muestreo para la selección de la población diana fueron el Registro Federal de los electores y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. En la entrevista se usaron escalas para medir la red social, la depresión, el estado cognoscitivo, y las actividades de la vida diaria. 1231 personas de 60 años y más fueron entrevistados. El 57.9% eran mujeres, la edad media fue de 70.03, y el 27.1 trabajaba de manera remunerada. La enfermedad más prevalente era la hipertensión. Más del 80% consideraba tener

un buen apoyo social, y el 29% tenía sintomatología depresiva. El estudio ESEV captó múltiples facetas, directas e indirectas, de la salud de los adultos mayores. Se deben emprender estudios similares pero de tipo longitudinal.

Palabras clave: Envejecimiento, epidemiología, depresión, deterioro cognitivo, dependencia.

Abstract

To analyze older adults' health in Ciudad Victoria – Tamaulipas state-Mexico, through items and scales related to health auto-evaluation. The sources of sampling for the selection of potential enrollees were Federal Register of Electors and National Institute of Statistic, Geography and Computing (INEGI). From first source we got first and last names, ages, genders and addresses of all individuals more than 60 years who lived in Ciudad Victoria in that moment. From INEGI we got: the territorial division of the city by block units called AGEBS -one AGEB include from 25 to 50 blocks- and, 2) every individual, by age and gender, who lived in every AGEB. In the applied questionnaire were used scales for measuring social support, depression, cognitive state, and daily life activities. 1231 persons of 60 years and more were interviewed. 57% were women, average age was 70.03, and 27.1 worked. Disease more prevalent was hypertension. More than 80% said to have a good social support and 29% had depressive symptomatology. ESEV study captured several aspects, direct and indirect, of older adults' health. It must be undertaken similar studies although longitudinal in spite of cross-sectional surveys.

Key Words: Aging, epidemiology, depression, cognitive dissonance, dependency.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó bajo el patrocinio de PROMEP (Programa de mejoramiento del profesorado) y de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y con el soporte del departamento de posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Los autores agradecen la ayuda concreta de Gerardo Bañales Faz, Argelia Merith de León Anguiano, Andrés Eugenio Valle González, Yolanda Garza Quiroga, José Francisco Lara Guerrero, Imelda Reyes Flores, Jesús Alejandro Campos Flores, así como de todos los encuestadores que colaboraron en el estudio y de cada una de las personas entrevistadas.

Referencias

1. Ham-Chande, R 2003. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. El Colegio de la Frontera Norte y Porrúa ediciones 332 pp
2. Mejía-Arango, S., A. Miguel-Jaimes, A. Villa, L. Ruiz-Arregui y L.M. Gutiérrez-Robledo 2007. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Publica Mex.. Vol. 49 No. Suppl. 4: S475-S481.
3. Barrantes-Monge, M., E.J. García-Mayo, L.M. Gutiérrez-Robledo y A. Miguel-Jaimes 2007. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos. Salud Publica Mex. Vol. 49 No. Suppl. 4: S459-S466.
4. Zunzunegui, M.V. y F. Béland 1995. La salud de las personas mayores de Leganés. Rev Gerontol. Vol. 5 No.Suppl.1: S245-S258.
5. Smith, K.V. y N Goldman 2007. Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. Soc Sci. Vol. 65 No. 7: 1372-1385.
6. Gallegos-Carrillo, K., J. Mudgal, S. Sánchez-García, F.A. Wagner, J.J. Gallo, J. Salmeron and C. García-Peña 2009. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. Salud Publica Mex. Vol. 51 No. 1: 6-13.
7. Montes de Oca, V 2001. Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México. Estudios demográficos y urbanos. Vol. 48 : 585-613.

8. Ruiz-Aguirre, L. y J.A. Rivera-Márquez 1996. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la encuesta nacional de salud 1988. *Salud Publica Mex.* Vol. 38: 430-437.
9. Albala, C., M.L. Lebrao, E.M. León, Ham-Chande, A.J. Hennis, A. Palloni, M. Peláez y O.Prats 2005. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica.* Vol. 17 No. 5-6: 307-322.
10. Dorantes-Mendoza, G., J.A. Ávila-Funes, S. Mecía-Arango y R. Gutiérrez-Robledo 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.* Vol. 22 No 1: 1-11.
11. Wong, R., M. Espinoza y A. Palloni 2007. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Publica Mex.* Vol. 49 No. Supl.4: S436-S447.
12. Mejía-Arango, S., *et. al., Op. cit.*
13. Barrantes-Monge, M, *et. al., Op. cit.*
13. Broadhead, W.E., S.H. Gehlbach, F.V. de Gruy and B.H. Kaplan 1988. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care.* Vol. 26 No. 7: 709-723.
14. Yesavage, J.A., T.L. Brink, T.L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey M and V.O. Leirer 1982-1983. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* Vol. 17 No.1: 37-44.
15. Folstein, M.T., S.E. Folstein and P.R. McHugh PR 1975. « Mini_mental State ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* Vol.12 No.3: 189-198.
16. Pfeffer, R.I., T.T. Kurosaki, C.H. Harrah, J.M. Chance y S.T. Filos 1982. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* Vol.37 No. 3: 323-329.
17. Katz, S., A.S. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson y M.W. Jaffe 1963. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* Vol. 185: 914-919.
18. Morales, J.M., F.P. Bermejo, J. Benito-León, J. Rivera-Navarro, R. Trincado, R. Gabriel, S. Vega and NEDICES Study Group 2004. Methods and demographic findings of the baseline survey of the NEDICES cohort. A door-to-door survey of neurological disorders in three communities from Central Spain. *Public Health* Vol.118 No.6: 426-33.
19. Ruiz-Aguirre, L. y J.A. Rivera-Márquez, *Op. cit.*
20. Castro, V., H. Gómez-Dantes, J. Negrete-Sánchez y R. Tapia-Conyer 1996. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Publica Mex.* Vol.38 No.6: 438-447.
21. Wong, R., *et. al. Op. cit.*
22. Albala, C., *et. al. Op. cit*
23. García-Peña, C., F.A. Wagner, S. Sánchez-García, T. Juárez-Cedillo, C. Espinel-Bermúdez, J.J. García-González JJ, K. Gallegos-Carrillo, F. Franco-Marino y J.J. Gallo 2008. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *J Gen Intern Med.* Vol. 23 No 12: 1973-1980.
24. Barrantes-Monge, M., *et. al., Op. cit.*
25. Albala, C., *et. al., Op. Cit.*
26. Castro, V, *et. al., Op. Cit.*
27. Montes de Oca, V., *Op. cit.*

28. Wong, R., *et. al.*, *Op. cit.*

29. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población. Comisión económica para América Latina y el Caribe 2002. Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Santiago de Chile: CEPAL. [consultado 2009, abril]. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF.

30. Barrantes-Monge, M., *et. al.*, *Op. cit.*

31. Albala, C., *et. al.*, *Op. cit.*

32. Gallegos-Carrillo, K., C. García-Peña, C. Durán-Muñoz, H. Reyes y L. Durán-Arenas 2006. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Rev Saúde Pública*. Vol. 40 No 5: 792-80

33. Palloni, A., R. Wong y M. Peláez 2005. *Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador*. *Rev Panam Salud Publica*. Vol. 17 No 5-6: 323-332.

34. Gallegos-Carrillo, K., *et. al.* 2006, *Op. cit.*

35. 23. Beaman, P.E., S. Reyes-Frausto y C. García-Peña 2003. Validation of the Health Perceptions Questionnaire for an older Mexican population. *Psychol Rep*. Vol. 92 No 3 Pt 1: 723-34.

36. 24. Tapia-Conyer, R., P. Cravioto, S.A. Borges-Yañez y B. de la Rosa 1996. Consumo de drogas médicas en México en población de 60 a 65 años en México. *Encuesta Nacional de Adicciones 1993*. *Salud Publica Mex*. Vol. 38 No 6: 458-65.

37. 21

38. 25. Ávila-Funes, J.A., M-P. Garant y S. Aguilar-Navarro 2006. *Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México*. *Rev Panam Salud Publica*. Vol. 19 No. 5: 321-330.

39. Broadhead, W.E., *et. al.*, *Op. cit.*

40. Gallegos-Carrillo, K., *et. al.*, 2006, *Op. cit.*

41. Wong, R., *et. al.*, *Op. cit.*

42. García-Peña, C., *et. al.*, *Op. cit.*

43. Pavón, K.H., C.M. Grajales y L.M.G. Rodríguez 2003. Impacto de una estrategia de apoyo psicológico en la disminución de síntomas clínicos de depresión en el adulto mayor. *Vigilancia Epidemiológica*. Vol. 48: 22-24.

44. García Navarro, J.A 2000. Psicopatología del anciano. Datos epidemiológicos. *Rev Mult Gerontol*. Vol. 10 No.2: 82-88.

45. Jorm, A.F. 1990. *Epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders*. Chapman & Hall 255 pp

46. Bermejo, F.P. 1993. *Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos*. SG Editores 174 pp.

47. Barrantes-Monge, M., *et. al.*, *Op. cit.*

48. Menéndez, J., A. Guevara, N. Arcia, E.M. León Díaz, C. Marín y J.C. Alfonso 2005. *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe*. *Rev Panam Salud Publica*. Vol. 17 No.5-6: 353-61.

49. Barrantes-Monge, M., *et. al.*, *Op. cit.*

50. Ware, J.E. jr, and C.D. Sherbourne 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. Vol. 30 No.6: 473-483.



Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición
Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria
Col Mitras Centro, Monterrey, N.L. México 64460
Tels. (8)348-4354, 348-6080, 348-6447
respyn@faspyn.uanl.mx



Universidad Autónoma de Nuevo León
webmaster@uanl.mx